

Formulaire de Déclaration de Sinistre Claim Declaration Form

CONTRAT / CONTRACT n° 2.004.760

Instructions

- Vanbreda International fait la gestion des sinistres dans le cadre du contrat 2.004.760 pour l'ordre et compte de CHARTIS / Vanbreda International handles the claims under policy 2.004.760 on behalf of CHARTIS.
- Le présent formulaire dûment complété et signé doit être retourné, accompagné des pièces requises, à Vanbreda International / The present form duly completed and signed must be sent with the necessary documents to Vanbreda International :

Vanbreda International
OPS – GP (O4)
Postbox 69
2140 Antwerpen
Belgium

- Les rubriques "A", "B" et "C" (Demandeur/Assuré) doivent être complétées dans tous les cas alors que les rubriques suivantes (D, E et F) sont uniquement à compléter en fonction de la nature du sinistre / The tables "A", "B" and "C" (Claimant/Insured) must always be completed whereas the following ones (D, E and F) are only to be completed according to the nature of the claim.
- Les documents suivants doivent être joints à votre demande / The following documents must be joined to your claim form :
 - **Dans tous les cas / In all cases :**
La copie de votre ordre de mission ou de votre lettre d'invitation / A copy of your mission order or your invitation letter.
 - **Maladie / Sickness :**
Justificatifs acquittés (feuille de soins, ordonnance, etc) / Bills with proof of payment (doctor's bill or treatment record form, prescription, etc)
 - **Perte ou Vol d'effets personnels - Perte de bagage / Loss or Theft of personal belongings - Lost luggage :**
Déclaration de police (P.V.), du transporteur ou de toute autre autorité compétente / Declaration made to the police, the travel company or to any other relevant authority.
Attestation de perte définitive du bagage par le transporteur et détail de l'indemnité reçue / Confirmation of final loss of luggage from the transport carrier and detail of the indemnity received.
Description détaillée des circonstances / Detailed description of circumstances
N.B. : Pour tout objet perdu ou volé : factures d'achat / For lost or stolen belongings: purchase invoice.
 - **D'autres documents pourront le cas échéant être demandés / Other documents may be requested if necessary.**

A. PRENEUR D'ASSURANCE / POLICY HOLDER	
1. Institution – Agence / Institute - Agency	
2. Adresse / Address	
3. N° de téléphone / Phone number N° de fax / Fax number	
4. Contact person	

B. DEMANDEUR – ASSURE / CLAIMANT - INSURED

5. NOM, prénom / NAME, first name	
6. Adresse / Address	
7. N° de téléphone / Phone number N° de fax / Fax number E-mail	
8. Date de naissance / Date of birth	
9. Statut / Status	<input type="checkbox"/> Agent / Staff <input type="checkbox"/> Autre, précisez / Other, detail
10. Dates, heure et lieu de la mission/réunion Dates, time and place of the mission/meeting	
11. Données bancaires pour remboursement : veuillez indiquer / Bank details for reimbursement : please specify - Nom et adresse de la banque / Bank name and address - Compte bancaire / Bank account : Numéro IBAN Number Code BIC/SWIFT - Nom du bénéficiaire / Name of beneficiary	

C. CIRCONSTANCES DETAILLEES / DETAILED CIRCUMSTANCES

12. Veuillez donner une description détaillée du sinistre (type, date, lieu, circonstances, ...) / Please provide a detailed description of the events (type, date, place, circumstances, ...)

D. MALADIE / SICKNESS

13. Si vous relevez du Régime Commun Assurance Maladie ou d'un autre régime de Sécurité Sociale, veuillez joindre les décomptes originales / Should you be insured under the Joint Sickness Insurance Scheme or another Social Security Scheme, please join their original settlement:	
---	--

**F. AUTRES SINISTRES (REMBOURSEMENT DES FRAIS DE CERCUEIL,...)
OTHER CLAIMS (REIMBURSEMENT OF COFFIN COSTS, ...)**

19. Veuillez donner une description détaillée du sinistre (type, date, lieu, circonstances, ...) /
Please provide a detailed description of the events (type, date, place, circumstances, ...)

Les données mises à disposition de Vanbreda International dans le cadre de services rendus à l'assuré, de la gestion des contrats et des sinistres. Le(s) soussigné(s) donne(nt) son/leur accord concernant le traitement des données médicales le(s) concernant. Les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification relatif à ces données. Elles peuvent obtenir de plus amples informations auprès de la Commission pour la Protection de la Vie privée (Loi belge du 08/12/1992 sur la protection de la vie privée). Le soussigné donne son accord pour que le médecin conseil désigné par l'assureur puisse se procurer les données médicales nécessaires auprès du/des médecin(s) traitant(s), et se déclare également disposé à subir une expertise médicale, si le médecin conseil désire évaluer le dommage de l'assuré en personne.

The information at the disposition of Vanbreda International will be processed to serve the Insured, and for the handling of contracts and losses. The undersigned allows the handling of his/her medical information. The concerned person has a right of access and modification related to this information. He/she can get more information at the Commission for the Protection of Private life (Belgian Act of 08/12/1992 concerning the protection of private life). The undersigned gives his approval for the medical advisor appointed by the Insurer to get medical information from the treating doctor(s), and also allows for a medical examination.

Le soussigné déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets. En plus le soussigné confirme qu'aucune information liée au sinistre et aux circonstances qui l'ont causé n'a été omise. /

The undersigned declares that the above information is true and complete. Furthermore the undersigned certifies that nothing relating to the claim has been concealed.

Date & Signature :